

# Allgemeinmedizin in der Schweiz – Eindrücke eines Praxisvertreters aus den USA

**Axel Buchli, Allgemeinmedizin FMH, aus Neuenegg, Bern, spricht mit seinem Praxisvertreter, Jean-Paul Würth, Allgemeinarzt, Endokrinologe und Unternehmer, aus New York, über die Unterschiede der Hausarztmedizin in der Schweiz und den USA. Die USA fanden Wege aus der Krise. Lehrstühle für Family Medicine sind in den USA eine jahrzehntealte Selbstverständlichkeit.**

*Entretien entre Axel Buchli, médecin généraliste FMH, de Neuenegg, Berne, et son remplaçant, Jean-Paul Würth, médecin généraliste, endocrinologue et entrepreneur, de New York, sur les différences entre la médecine de premier recours en Suisse et aux Etats-Unis. Les Etats-Unis ont trouvé des solutions pour sortir de la crise. Des chaires de médecine de famille (Family Medicine) existent aux Etats-Unis depuis des décennies déjà.*

---

Axel Buchli

---

## Timeout – ein Praxisvertreter aus New York

Seit über 20 Jahren bin ich in Neuenegg, Bern, in einer allgemeinmedizinischen Praxis etabliert. Als sich mir Ende letzten Jahres die Gelegenheit anbot, in den USA eine 4monatige Fortbildung zu absolvieren, war ich mir von vornherein bewusst, dass es nicht einfach sein würde, in kurzer Zeit für meine mehr als ausgelastete Praxis einen adäquaten Vertreter zu finden. Nachfolger für allgemeinmedizinische Praxen wie auch erfahrene Vertreter sind in der Schweiz in zunehmendem Masse Mangelware.

Um so glücklicher war ich, ausgerechnet in New York fündig zu werden. Der Schweizer Jean-Paul Würth lebt seit über 15 Jahren in den USA. Er hatte sich eben entschlossen, zwecks Erfüllung bestimmter Immigrationsbestimmungen, basierend auf seinem ersten, 1986 ausgestellt J-1 Visum (2 year home residency requirement), für zwei Jahre in die Schweiz zurückzukehren. Ich nahm telefonisch mit ihm Kontakt auf, stellte fest, dass er noch immer perfekt «Schwizerdütsch» und französisch sprach, erörterte mit ihm seinen klinischen Werdegang und gewann den Eindruck, dass er durchaus in meine Praxis passen würde. Wenige Monate später trafen wir uns in Neuenegg und die Vertretung wurde Wirklichkeit. Er hat seither zwei Praxisvertretungen in der Schweiz durchgeführt. Vor meiner Vertretung war er während 2 Monaten in Tramelan im Berner Jura tätig. Gespannt war ich nun auf seine Eindrücke.

## Jean-Paul Würth

Der 48jährige Jean-Paul Würth studierte Medizin in Zürich. Es folgte eine Weiterbildung in allgemeiner Medizin in Südafrika, gefolgt von der Promotion an der medizinischen Poliklinik Zürich unter Prof. W. Vetter. Die Weiterbildungen zum Spezialarzt Innere Medizin und Endokrinologie erfolgten in den USA, unterbrochen von Abstechern in die Business-Welt mit Abschluss eines MBA an der INSEAD und Tätigkeit als Berater bei der amerikanischen Boston Consulting Group. Seit 1994 ist er Fakultätsmitglied am medizinischen Departement (speziell Endokrinologie) der New York University (NYU) in Manhattan und arbeitet in verschiedenen Positionen innerhalb der biotechnologischen Industrie.



Jean-Paul Würth



Axel Buchli

## Was hält einen Schweizer in den USA?

*Axel Buchli (AB): Weshalb bist Du nach Deiner Ausbildung in den USA nicht in die Schweiz zurückgekehrt?*

Jean-Paul Würth (JPW): Dafür gibt es mehrere Gründe: Nicht zu unterschätzen ist der stark anziehende «american way of life», geprägt durch seine – beruflich und privat – unkomplizierten Umgangsformen und die von Optimismus und Fortschrittgläubigkeit strotzende Mentalität der Amerikaner, dies im Kontrast zu Europa, das eher auf seine Vergangenheit Bezug zu nehmen scheint. Demgegenüber gibt es im alten Europa natürlich etliche kulturelle und sozialpolitische Aspekte, welche ein Europäer in Nordamerika vermisst.

Praktisch ist es aber für mich die in der Schweiz wenig oder nicht ausgebaute Möglichkeit eines beruflichen «double-trackings», das die USA so attraktiv erscheinen lässt. Damit meine ich die Möglichkeit, ärztliche Tätigkeit an einer Universität und/oder in freier Praxis mit akademischer oder industrieller Forschung zu verknüpfen und diese wiederum mit unternehmerischen Tätigkeiten, z.B. innerhalb der biotechnologischen Industrie, auszuweiten. Grundsätzlich gibt es keine «Spielregeln», welche eine ärztliche Karriere im weitesten Sinne bestimmen.

Vielmehr sind sowohl Akademie und Industrie bereit, opportune und oft höchst kreative Arbeitsbeziehungen einzugehen. Dabei beschränkt sich der Begriff Industrie nicht nur auf das traditionelle Pharmazie- und Biotechnologiegeschäft, sondern kann auch Investment Banking, Versicherungen und Politik beinhalten.

### Arzt und Unternehmer

*AB: In den letzten Jahren bist Du also vor allem unternehmerisch tätig gewesen. Hast Du noch Zeit für Medizin?*

JPW: Meine erste Ausbildungsetappe war allgemeinmedizinisch orientiert. Trotz späterer Spezialisierung hält mich die Praxis einer breit gefächerten Grundversorgungsmethodik immer noch im Bann. Dementsprechend arbeitete ich in New York bis vor kurzem mindestens 4mal pro Monat nachts auf der Notfallstation des Manhattan VA Hospital (Veteran Administration). Das breite Spektrum allgemeinmedizinischer Probleme und die unterstützende Zusammenarbeit mit den Spezialisten eröffnet ein interessantes Umfeld für die allgemeinmedizinische Praxis und Fortbildung. Darüber hinaus arbeitete ich auch einmal wöchentlich im NYU System in endokrinologischen Polikliniken als «attending physician» und nahm aktiv Teil an der Studentenausbildung.

### Sozialpolitische Unterschiede zwischen der Schweiz und den USA

*AB: Wie erlebst Du jetzt im Allgemeinen die Schweiz im Gegensatz zu den USA?*

JPW: Lebensstandard und Kultur in den urbanen Zentren erscheinen mir zunehmend ähnlich, entweder im Sinne einer Globalisierung oder, vielleicht kritischer ausgedrückt, einer «Amerikanisierung». Allerdings sind in den USA Wertmassstäbe generell konservativer als hier. Das äussert sich z.B. in der Haltung zum Abort oder Recht zum Sterben, in der Werbung im allgemeinen oder in der gesellschaftlichen Stellung der Religion. Klare Unterschiede gibt es ebenfalls sozi-

alpolitisch. Die Schweiz, wie auch die EU, ist im Vergleich mit den USA viel sozialer ausgerichtet, was sich besonders bei der Kranken- und Invalidenversicherung, der Arbeitslosenunterstützung und den Sozialversicherungen der Rentner ausdrückt. Seit der Einführung des Obligatoriums der Krankenversicherung hat sich die Schweiz von der früheren, der USA-ähnlichen, fakultativen und privaten Krankenversicherungsstruktur abgesetzt. Man lebt in den USA eben mit grösserem Risiko, in einer freien Marktwirtschaft mit grösster Divergenz zwischen Reich und Arm. Auf der einen Seite gilt immer noch: «the sky is the limit», auf der anderen Seite schützt den ökonomisch abstürzenden Bürger nur ein durchlöcherntes Netzwerk von vergleichsweise ungenügenden Sozialleistungen.

### Ein Allgemeinmediziner in der Schweiz und in den USA – What's different?

*AB: Wie unterscheidet sich die Arbeit eines amerikanischen von der eines schweizerischen Allgemeinmediziners?*

JPW: Da ich in den USA nie in freier Praxis tätig war, kann ich mich dazu nur grundsätzlich äussern. Die lokale ärztliche Tätigkeit in diagnostischer wie auch therapeutischer Hinsicht scheint auch zunehmend von der Globalisierung beeinflusst zu sein. Die in der Schweiz durch die Fachgesellschaften erteilten Richtlinien sind im wesentlichen kongruent mit den amerikanischen Algorithmen, von denen sie, wenigstens intermedizinerisch gesehen, häufig ad verbum abgeleitet sind. Es scheint mir dabei wichtig zu sein, dass man Studienpopulationen der den Richtlinien zugrunde liegenden Studien genau prüft. Allfällige Aussagen über die Anwendbarkeit von Studienresultaten auf ethnisch und sozialökonomisch differenzierte Bevölkerungen sollten erst nach der Durchführung kritischer Analysen gemacht werden (siehe z.B. die problematische Anwendbarkeit der Resultate der amerikanischen Women's Health Initiative Studie für die Hormonersatztherapie schweizerischer Frauen).

Prinzipiell verschieden ist die Betreuung des vom Allgemeinpraktiker hospitalisierten Patienten in den USA, verglichen mit der Schweiz. In den USA wird der Patient, je nach klinischem Zustandsbild und lokalen Begebenheiten, vom Praktiker selber im Spital betreut. In der Tradition des amerikanischen Gesundheitswesens haben die meisten praktizierenden Allgemeinärzte und Internisten, wie hierzulande z.B. die Chirurgen, Privilegien in gewissen lokalen Spitälern inklusive Universitätsspitälern. Dabei spielt der Allgemeinpraktiker die Rolle des Attending Physician, d.h., er hat die Aufsicht über die Behandlung des hospitalisierten Patienten. Die tägliche Versorgung, auch notfallmässig, wird aber durch die in der Weiterbildung stehenden Assistenzärzte getragen. Im Idealfall existiert eine gegenseitige nutzbringende Beziehung: Der Patient profitiert von der kontinuierlichen Betreuung durch den Hausarzt, welcher das Spital als Fortbildung im weitesten Sinn und als erfrischende Abwechslung zur Praxis erlebt. Der Assistenzarzt wiederum erhält für seine ärztliche Leistung am Patienten informell am Krankenbett oder auch formell an den traditionellen «Pizza Luncheons» umfassende Weiterbildung durch den meist auch lehrbeauftragten Hausarzt.

### Renaissance des Hausarztes in den USA

*AB: Was ist denn der Status des Allgemeinpraktikers im amerikanischen Gesundheitswesen?*

JPW: Vor 20 Jahren waren Allgemeinpraktiker in den USA (oder eben family physicians) eine vom Aussterben bedrohte Subpopulation der Ärzteschaft. Ihr Verdienst war vergleichsweise schlecht und die überragende Ansicht war, dass sie nur noch in ländlichen Gegenden, wo Spezialisten fehlten, überleben könnten. Im Gegensatz dazu waren z.B. die Anästhesisten vor 20 Jahren die kompetitivste Spezialisierung im jährlichen landesweiten «Matching Program» für Assistentenstellen. Nicht unbedingt erstaunlich, da sie aufgrund komplexer Ent-

wicklungen in ärztlicher Tätigkeit und Entlohnung auch zu den bestverdienenden Spezialisten gehörten. Nicht erstaunlich aber auch, dass die Kosten im Gesundheitswesen am Explodieren waren. Vieles hat sich seither verändert. Mehrere von der Regierung und von Krankenkassen durchgeführten Analysen wiesen auf die Schlüsselrolle des Allgemeinpraktikers als Gatekeeper zu den teuren diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Spezialärzte. HMOs (Health Maintenance Organisation) und ähnliche unternehmerische Strukturen begannen immer grösser werdende Teile der Bevölkerung zu versichern und stellten dabei vor allem «family physicians» an. Heute sind sie wieder hoch im Kurs und ihre Entlohnung am Salär anderer Spezialisten näher gerückt. Dafür stürzten die Saläre der Anästhesisten ab, und heute ist Anästhesiologie im «Matching Program» wieder in den unteren Reihen zu finden. Im Sinne der Kostenreduktion wurde eben erkannt, dass für die Mehrzahl der chirurgischen Eingriffe Pflegefachpersonal mit Spezialausbildung klinisch adäquat und kosteneffizient den Anästhesisten ersetzen konnte.

### Lehrstühle und Departemente für Family Medicine – in den USA eine jahrzehntealte Selbstverständlichkeit ...

*AB: Interessant! Wir erleben gerade jetzt eine ähnliche Entwicklung in der Schweiz. Der spannende Beruf des Allgemeinpraktikers scheint aus verschiedenen Gründen für die Jungärzte nicht mehr attraktiv. Entsprechend setzen wir uns im Berufsverband der Allgemeinärzte SGAM, im KHM und in den FIHAMs vehement für die universitäre Verankerung der Hausarztmedizin ein.*

### ... mit einer strukturierten Weiterbildung in Hausarztmedizin

*AB: Wie unterscheidet sich die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in den USA von der in der Schweiz?*

JPW: Seit Jahrzehnten existieren in den USA Lehrstühle und Departemente für Allgemeinmedizin – oder: family medicine. Die Weiterbildung erfolgt demnach innerhalb eines strukturierten Programms an einem Universitätsspital oder einem grösseren medizinischem Zentrum, identisch der amerikanischen Weiterbildung von anderen klinischen Spezialisten. Zur Erlangung des Facharzttitels müssen gewisse Bedingungen erfüllt werden, die zentral vom «American Board of Family Medicine» bestimmt werden. Ein wesentlicher Aspekt des Lehrauftrages eines «Family Medicine» Departements ist die Weiterbildung zur umfassenden Grundversorgung unter besonderer Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Faktoren. Besonders intensiv wird dabei das «clinical decision-making» gelehrt. Die Forschung, Lehre und Anwendung des «evidence-based clinical decision-making» ist besonders in der Allgemeinmedizin komplex und, wegen der bedeutsamen Hebelwirkung auf die Kostenstruktur des Gesundheitswesens, von sozialpolitischer Tragweite.

### Druck zur Rezertifizierung

JPW: Vor einigen Jahren wurde die Rezertifizierung der fachärztlichen Prüfungen alle 10 Jahre eingeführt, unter anderem auch durch das Board of Family Medicine. Die heute noch fakultative Rezertifizierung beinhaltet verschiedene Module und wird von den Ärzten, obschon zeitaufwendig, als äusserst positiv eingeschätzt. Seitens der Konsumentenorganisationen und der akademischen Zentren besteht ein hoher Druck auf die praktizierenden Ärzte, sich rezertifizieren zu lassen (z.B. durch öffentliche Publikation des Rezertifizierungsstatus, Beibehaltung der «Privileges»).

*AB: Auch dies ist äusserst interessant. Gesundheitsökonomische Aspekte fehlten bisher weitgehend in unserer Weiterbildung zum Grundversorger. In den USA wird die Rezertifizierung alle 10 Jahre als positiv erlebt. Hierzulande würde dies wahrscheinlich einen Schrei der Entrüstung auslösen.*

### EBM und Vertragsfreiheit

*AB: Wird somit in den USA eine andere Allgemeinmedizin als hier betrieben?*

JPW: Die Praxis der evidence-based medicine, das sine qua non für rationelles «clinical decision-making», scheint heute als Prinzip global und fachübergreifend zur Anwendung zu kommen. Aufgrund des höheren Prozessrisikos eines Arztes in den USA, verglichen mit der Schweiz, hat die auf «Evidenz»-basierte Medizin in den USA möglicherweise einen grösseren Stellenwert. Kreative Behandlungsformen ohne Evidenzbasis werden prinzipiell nur unter Abschirmung durch einen schriftlichen und umfassenden «informed consent» durchgeführt. Generell gesehen würde ich meinen, dass der Arzt in den USA defensiver arbeitet und sein Handeln exakter dokumentiert als in der Schweiz.

Die Patientenpopulation eines amerikanischen Allgemeinpraktikers ist, wie in der Schweiz, von den lokalen Gegebenheiten abhängig. «Primary Care Physicians» (Grundversorger) sind häufig von einer HMO angestellt und erste Anlaufstelle für Patienten. Solche Gatekeepers können allerdings auch andere Spezialisten sein. Prinzipiell besteht für den amerikanischen Arzt Vertragsfreiheit: Er kann Patienten die von Krankenkassen versichert sind, die ihm nicht zusagen – von Notfällen abgesehen – ablehnen. In gewissen Gegenden mit hohem Anteil an sozioökonomisch gut situierten Bevölkerungsschichten, wie z.B. Manhattan oder Santa Monica, nehmen viele private Ärzte keine Versicherungen an und lassen sich bar bezahlen. Bei Allgemeinpraktikern scheint dieses Verhalten allerdings weniger üblich zu sein als bei anderen Fachspezialitäten.

### Substitution durch Pflegeassistenten

Der amerikanische Praktiker arbeitet auch häufig mit einem «Physician Assistant» (PA) zusammen. Dies ist eine Pflegefachperson mit zweijähriger Zusatzausbildung. Der PA führt Basisuntersuchungen

selber durch, kann eine begrenztes Sortiment von Medikamenten verordnen, ist verantwortlich für die strukturierte Verlaufskontrolle. Erste Erfahrungen mit PAs scheinen sehr positiv zu sein. PAs entlasten den Arzt, verbessern die Qualität der Grundversorgung und arbeiten kosteneffizienter als der Arzt. PAs werden vor allem von Allgemeinpraktikern eingesetzt, finden aber immer mehr Zugang in anderen Spezialitäten (z.B. chirurgische Nachversorgung, PAs mit Spezialausbildung in Diabetologie).

*AB: Der amerikanische Arzt hat also schon gelernt, wie er mit «Vertragsfreiheit» oder hier «Aufhebung des Kontrahierungszwanges» umgehen kann.*

### Malpractice?

*AB: Man hört hierzulande üble Geschichten über so genannte Malpractice-Prozesse? Stehen amerikanische Ärzte immer mit einem Bein im Gefängnis?*

JPW: Nein! Solche Prozesse sind auch nicht so häufig, wie in Europa angenommen wird, und die meisten Fälle konzentrieren sich auf einige risikoreiche Spezialitäten, wie ästhetische Chirurgie oder Geburtshilfe. Darüber hinaus haben in den letzten 5 bis 10 Jahren «Tort» Reformen das strafrechtliche Klima im Sinne eines grösseren Schutzes für den Praktiker verändert. Einige Studien weisen auch darauf hin, dass strafrechtlichen

Prozessen meist auch eine gestörte Arzt-Patienten-Beziehung zugrunde liegt. Das aggressive, prozessfreundliche Verhalten der Amerikaner fördert sicherlich auch ein effizientes und korrektes Arbeiten im gesamten Gesundheitswesen, was letztlich nur der Gesellschaft im weitesten Sinne zugute kommt.

### Die Schweiz braucht unbedingt Lehrstühle für Allgemeinmedizin

*AB: Hast du Vorschläge für uns Allgemeinpraktiker in der Schweiz?*

JPW: Nach nur kurzer Tätigkeit als Praxisvertreter in der Schweiz fühle ich mich nicht qualifiziert, das schweizerische System zu beurteilen. Sicher ist, dass ich eine klinisch hoch stehende, administrativ eher effiziente und durchaus preiswerte Allgemeinmedizin miterlebt habe. *AB: JPW hat durchschnittlich 12 Std. täglich in der Praxis gearbeitet. Dokumentiert in Tarmed-Minutage sind aber nur 10½ Stunden. Dies dürfte wahrscheinlich bei den meisten Hausärzten so sein. Wir Allgemeinpraktiker wurden angehalten, «abzurunden», und dokumentieren häufig nicht die ganze Arbeitszeit.*

JPW: Hingegen hat der Allgemeinmediziner in der Schweiz wenig Einfluss auf die Kosteneffizienz der stationären oder poliklinischen Abklärung und Behandlung seiner überwiesenen Patienten.

Die Geschichte des experimentierfreudigen amerikanischen Gesundheitswesens beinhaltet eine Fülle interessanter Erfahrungen. Trotz vielen äusserst negativen oder ineffizienten gesundheitspolitischen Reformen bin ich der Ansicht, dass auch ein kleines, föderalistisches Land wie die Schweiz von der amerikanischen Vorarbeit lernen kann. Am bedeutendsten erscheint mir die Förderung und Durchsetzung in den USA, wie übrigens auch in anderen vornehmlich anglosächsischen Ländern, von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin. Auch in der Schweiz bleibt der Allgemeinpraktiker, ohne die Unterstützung des akademischen Lehrstuhls, ein «jack of all trades, master of none». Zur vollen Wertschöpfung des gesellschaftlichen Auftrags an die Allgemeinmedizin, inklusive einer Forschung und Lehre zur Förderung der kosteneffizienteren primären und sekundären Gesundheitsversorgung, braucht es den universitären Rückhalt. Ich meine, Allgemeinmediziner sollten eben keine «jack of all trades» (Hans Dampf in allen Gassen) sein, sondern anderen Fachrichtungen ebenbürtige Spezialisten einer umfassenden Grundversorgung.

*AB: War die Praxisvertretung in der Schweiz eine gute Erfahrung?*

JPW: Absolut! Bei aller Spezialisierung finde ich die Arbeit des Grundversorgers immer noch am spannendsten.